

Житомирський державний університет імені Івана Франка
Соціально-психологічний факультет
Кафедра соціальної та практичної психології

**ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОГО ПРОЦЕСУ
ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ
З ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ**

Курсова робота

студентки 55 групи
V курсу соціально-психологічного
факультету
Довгаленко Галини

Науковий керівник:

Старший викладач кафедри соціальної та
практичної психології
Шмиглюк Г.О.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ І. ПРОБЛЕМА ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ У ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ	6
1.1. Поняття про тривожно-депресивні розлади.....	6
1.2. Тривожно-депресивні розлади у зрілому віці.....	8
РОЗДІЛ ІІ. ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ОСОБАМ ПОХИЛОГО ВІКУ З ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ	10
2.1. Напрямки терапевтичної роботи з особами похилого віку, що страждають на тривожно-депресивні розлади.....	10
2.2. Підтримуюча терапія у роботі з депресією осіб похилого віку	12
РОЗДІЛ ІІІ. ДОСЛІДЖЕННЯ МОЖЛИВОСТЕЙ ПІДТРИМУЮЧОЇ ТЕРАПІЇ У РОБОТІ З ДЕПРЕСІЄЮ У ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ	14
3.1. Техніка психотерапевтичної роботи з тривожно-депресивними розладами людей похилого віку з використанням елементів підтримуючої психотерапії.....	14
3.2. Аналіз ефективності психотерапевтичної роботи з використанням елементів підтримуючої психотерапії.....	17
ПІДСУМОК	20
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.....	22
ДОДАТКИ.....	24

ВСТУП

В наш час розлади настрою у форму депресій є широко розповсюдженими. За даними Всесвітньої Організації Здоров'я (ВОЗ) Близько 100 млн. осіб щорічно звертаються до лікарів загальної практики, психіатрів та психологів за допомогою з приводу проблем депресивних станів.

За даними вітчизняних та закордонних дослідників відмічається постійний ріст тривожно-депресивних розладів. За даними співробітників Наукового центру психічного здоров'я РАМН РФ, серед пацієнтів, що звернулися в кабінет неврозів московської районної поліклініки – 34% страждають на депресії різної складності. А.Б. Холмогорова та Н.Г. Гаранян наводять дані про 38% депресій у всіх пацієнтів, що зверталися до кабінету неврозів однієї з поліклінік Москви. Тривожні розлади нещодавно були виділені в окремий кластер в міжнародній класифікації (МКБ) і включені до розділу “Невротичні, пов’язані зі стресом та соматоформні розлади”. Сюди належать панічні розлади, агорафобія, генералізовані тривожні розлади, соціальна фобія, специфічні фобії, мішані тривожно-депресивні розлади.

Ц.П. Короленко та Н.В. Дмитрієва зауважують, що наявність тривожних розладів різко підвищує ризик виникнення інших психічних розладів, перш за все депресивних, а також розладів адаптації. Такі розлади мають представники різних вікових груп, однак до групи ризику входять переважно особи в періоді “кризи літнього віку”. Специфіка “зустрічі зі старістю”, як її окреслює Г.В.Старшенбаум полягає перш за все в обтяженості не лише особистою проблематикою, а й соціальними умовами, які найчастіше й провокують тривожно-депресивні розлади.

Важливим етапом у подоланні депресивних розладів людей похилого віку є немедикаментозна психотерапія. Зокрема А.Б. Холмогорова та Н.Г. Гаранян обстоюють ефективність когнітивної моделі, А.В. Горєва та М.А. Галась описують можливості музикотерапії, А.А. Филозоп пише про групову терапію творчістю, О. Джунайд та С. Хейдж доводять незаперечний

ефект підтримуючої психотерапії.

Актуальність проблеми пов'язана із широким розповсюдженням випадків тривожно-депресивних розладів у осіб похилого віку і обумовила вибір теми “Особливості психотерапевтичного процесу осіб похилого віку з тривожно-депресивними розладами”.

Об'єкт дослідження. Психотерапія осіб похилого віку.

Предмет дослідження. Особливості підтримуючої психотерапії у роботі з людьми похилого віку, що страждають а тривожно-депресивні розлади.

Мета роботи полягає в аналізі можливостей підтримуючої психотерапії у роботі з людьми похилого віку, що страждають а тривожно-депресивні розлади.

Гіпотеза дослідження. Підтримуюча психотерапія є ефективним засобом психологічної допомоги людям похилого віку, що страждають на тривожно-депресивні розлади.

В ході роботи над дослідженням необхідно вирішити такі **завдання**:

1. Здійснити теоретичний аналіз проблеми депресивно-тривожних розладів, в тому числі, у похилому віці.
2. Проаналізувати особливості психотерапії осіб похилого віку.
3. Проаналізувати можливості підтримуючої психотерапії осіб похилого віку, що страждають на тривожно-депресивні розлади.
4. Дослідити ефективність підтримуючої психотерапії у роботі з людьми похилого віку, що страждають на тривожно-депресивні розлади.

Методи та організація дослідження. В дослідженні взяли участь двоє осіб похилого віку (житомирян), що страждають на тривожно-депресивні розлади (підстави для діагнозу: висновок психіатра, записаний у медичній картці, що зберігається в міській поліклініці). З метою перевірки можливостей використання елементів підтримуючої психотерапії у роботі з клієнтами було використано порівняльний аналіз результатів психологічної

діагностики за методиками “Шкала самооцінки тривожності Спілбергера-Ханіна” та “Шкала самооцінки депресії Гамільтона”. З метою перевірки статистичної значимості зрушень в емоційній сфері клієнтів після підтримуючої психотерапії використовувався критерій знаків.

Практичне значення дослідження. Отримані в результаті виконання роботи дані можуть стати у нагоді практичним психологам, що здійснюють індивідуальне консультування тим, хто працює у системі закладів охорони здоров’я. Володіння інформацією про можливості підтримуючої психотерапії у роботі з людьми похилого віку, що страждають а тривожно-депресивні розлади, дозволить модернізувати техніки психологічної допомоги для цієї категорії населення.

Надійність та вірогідність отриманих результатів забезпечується відповідністю теоретичних засад дослідження та емпіричних підходів до їх реалізації, поєднанням кількісного та якісного аналізів.

РОЗДІЛ І. ПРОБЛЕМА ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ У ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ

1.1. Поняття про тривожно-депресивні розлади

Депресивні, тривожні та асоційовані з ними розлади посідають одне з перших місць у структурі психічної захворюваності. Протягом ХХ сторіччя був зареєстрований екстенсивний ріст депресивних розладів в усіх розвинутих країнах світу. Якщо на початку сторіччя вони зустрічалися із частотою 0,2 %, то до середини 50-х років цей відсоток виріс до 4,3 %, а в 90-х депресія зустрічалась вже у 15-20% населення [17]. На думку Ю.Ю. Чайки та В.С. Подкоритова подібний ріст захворюваності неможливо пояснити лише одним поліпшенням діагностики депресій; така динаміка відображує глобальний процес загальної трансформації психічної патології [16].

Практично всі типи депресивних синдромів були описані ще на початку ХХ століття. Так, В.Ю. Каннабих в 1914 році вже описав гіпотемічну, апатичну, астеничну, іпохондричну та психопатичну депресії [9]. У класифікації Є.С. Авербуха були описані меланхолійний, тривожно-депресивний, астено-депресивний, депресивно-деперсоналізаційний, obsесивно-депресивний, депресивно-іпохондричний варіанти депресії [1].

Ю.Ю. Чайка та В.С. Подкоритов зазначають, що тривожна й депресивна симптоматика співіснує в 83-96 % хворих. За даними О.П. Ветроградової у 67,7% хворих, розвитку панічних атак передувала депресивна симптоматика, а в 34,3% депресія розвилася після того [3].

О.К. Напресенко та Латчман Н. у генезисі депресивних розладів виділяють соматопсихічні та психосоматичні ланки [12]. Соматичне захворювання саме по собі є психотравмуючим фактором навіть за відсутності інших виражених конфліктних ситуацій; з іншого боку, розлади психічної сфери негативно впливають на соматичну. На думку дослідників депресивні розлади є найбільш соматизованими психічними відхиленнями. Саме тому соматичні скарги можуть переважати в клінічній картині

захворювання, а емоційні порушення відходити на задній план і залишитися непоміченим.

В.Т. Волков із колегами описують деякі риси особистості, характерні для хворих з депресивними розладами: працьовитість, педантичність, невміння виражати агресію, тенденція до симбіотичних стосунків з іншими людьми [4]. Крім того, до розвитку тривожно-депресивних розладів приводять і несприятливі макро- та мікросоціальні фактори.

В.Я. Гіндікін виділяють три варіанти генезису депресивних розладів, що виникають на тлі соматичних захворювань: 1) соматичне захворювання провокує маніфестацію афективного розладу у людини із психічним захворюванням; 2) депресія є безпосереднім наслідком конкретних патофізіологічних проявів соматичної хвороби (інтоксикація, гіпоксія, тощо); 3) депресивна симптоматика може розглядатися як психогенна реакція на соматичне захворювання та його наслідки [5].

Таке зосередження уваги на соматообумовлених розладах емоційної сфери пояснюється специфікою обраної дослідницької тематики, адже більша частина людей похилого віку, що страждають на тривожно-депресивні розлади, мають саме таку соматообумовлену клінічну картину перебігу хвороб. Депресивні розлади у пацієнтів пізнього віку, як правило виникають на тлі соматичних захворювань, які мають затяжний або хронічний характер: ішемічна хвороба серця, гіпертонічна хвороба, захворювання органів дихання, хронічні інфекції, онкологічні захворювання.

У структурі власне афективної патології таких хворих О.К. Напреевко виділяє соматизировані депресії зі стійкою іпохондричною фіксацією на порушеннях функцій організму [14]. Серед найвираженіших симптомів дослідник виділяє: бессоня та тривогу, похмурий, буркотливо-дратівливий настій, бурчання та спалахами невдоволення; в інших випадках – рухову загальмованість, апатію, почуття безнадійності й безпорадності. Когнітивний компонент депресії представлений негативною самооцінкою з песимістичними уявленнями про майбутні перспективи.

1.2. Тривожно-депресивні розлади у зрілому віці

Відомо, що депресія набагато частіше зустрічається у літніх соматично хворих пацієнтів, ніж у здорових осіб цього ж віку. Так, за даними О.К. Напресенко та Н. Латчмана серед хворих з депресією переважають особи пенсійного віку, з низьким рівнем доходу й недостатньою соціальною підтримкою [12]. Дослідники наголошують на тому, що депресія може виникнути в будь-якому віковому періоді, однак її ймовірність найбільш висока в похилому віці, причому вона зустрічається частіше в жінок, ніж у чоловіків.

Депресію в літньому віці необхідно розглядати як мультифакторну проблему, обумовлену різними складовими, наприклад, фізіологічними віковими змінами, захворюваннями, інвалідністю, втратою матеріальних ресурсів і змінами стилю життя. Депресія частіше зустрічається серед людей похилого віку із соматичними захворюваннями, особливо тими, що несуть за собою інвалідність. Соматичні розлади не тільки супроводжують такі психічні розлади як депресія, але можуть слугувати причинами виникнення і розвитку депресії.

Одже головною причиною розвитку депресивних розладів у похилому віці є власне ситуація старіння – проблеми із фізичним здоров'ям, труднощі самообслуговування, складності в спілкуванні внаслідок вираженого ослаблення зору й слуху, самотність. Крім того, старість багата різними втратами, наприклад, горем із приводу смерті близької людини, можливим захворюванням шлюбного партнера, розставанням з дітьми, позбавленням роботи й втратою соціального стану. У старості відбувається зниження адаптаційних можливостей організму в цілому, падає активність, знижується емоційна чутливість, наростає впертість. Люди похилого віку починають більше уваги приділяти своїм відчуттям, надмірно піклуватися про здоров'я.

Аналізуючи переживання, притаманні людям похилого віку М.В. Голубев вказує на хворобливе неприйняття власного старіння як у його фізичному, так і суспільно-громадському аспектах [6]. За спостереженнями

автора, депресія в літньому віці характеризується поєднанням тривоги й туги. Тривога носить безпредметний характер, позбавлена конкретного змісту або насичена невизначеними похмурими передчуттями, очікуванням усіляких нещасть. Особливо вона підсилюється у вечірні й нічні години. Хворі плачуть, стогнуть, розгублено озираються, безцільно блукають.

Найстрашніший наслідок старечої депресії – ризик суїциду, пов'язаного з ідеями самозвинувачення, почуттям безвихідності, безнадійності й самотності. Усвідомлення власної неспроможності, неможливість пристосуватися до мінливих умов життя, сімейно-побутові конфлікти часто штовхають літню людину до самогубства. Особливо часто суїцидальні думки спостерігаються в людей літнього віку при поєднанні депресії з важким хронічним соматичним захворюванням. Так, О.П. Ветроградова пише, що хворі можуть довго приховувати думки про самогубство [3]. Дослідниця зазначає, що виявити прагнення хворого покінчити з життям можна лише використовуючи обережні розпитування: чи не відчуває він того, що життя втратило сенс, чи немає бажання не прокидатися вранці.

Виявити депресивний розлад окрім спостереження та клінічної бесіди, допомагають різні психометричні шкали оцінки депресії. Для виявлення депресивної симптоматики широко застосовуються: Госпітальна шкала тривоги й депресії (HADS), Шкала Бека для оцінки депресії, Шкала Цунга для самооцінки депресії, Шкала Гамільтона для оцінки депресії (HDRS), Шкала самооцінки тривожності Спілбергера-Ханіна.

Щодо психотерапевтичних заходів, які набувають все більшої популярності у комплексному лікуванні депресій, то тут, на перше місце виходять когнітивно-раціональна психотерапія, логотерапія, підтримуюча психотерапія, елементи психоаналізу та ат-терапії.

РОЗДІЛ II. ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ОСОБАМ ПОХИЛОГО ВІКУ З ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ

2.1. Напрямки терапевтичної роботи з особами похилого віку, що страждають на тривожно-депресивні розлади

Найпоширенішим напрямком терапевтичної роботи з особами похилого віку, що страждають на тривожно-депресивні розлади є **когнітивна психотерапія**. Перші спроби аналізу змісту когнітивної сфери людини з метою подолання депресивних розладів належать А. Беку [2]. Вчений-психотерапевт виокремив три базові проблеми-причини, що лежать в основі тривожно-депресивних розладів:

- фіксованість на реальній або уявній втраті (смерті близьких, розриві стосунків, неуспіху в досягненні значимих цілей);
- негативний погляд на себе, на своє майбутнє і на світ, так зване “негативне відхилення”, або “негативна тріада”;
- наявність жорстких переконань типу “необхідно” та “повинен”, так звана “тиранія повинностей”.

Когнітивна модель роботи з тривожно-депресивними розладами налічує кілька етапів. А.Б. Холмогорова та Н.Г. Гаранян подають такий їх опис та послідовність [20]:

I. Етап. Психодіагностичний. На цьому етапі широко використовується клінічна діагностична бесіда (первинне інтерв'ю), в ході якої аналізується внутрішня картина хвороби; наслідки, які несе хвороба для життя людини; здатність до рефлексії та вербалізації почуттів, соціальна ситуація життя клієнта, особливості його мотивації та ціннісної сфери, наявність контртерапевтичних факторів.

II. Етап. Первинне відпрацювання контртерапевтичних факторів. На цьому етапі важливо підвести клієнта до усвідомленого рішення – брати участь у психотерапії і намагатися подолати свої проблеми.

III. Етап. Симптомо-орієнтований. На цьому етапі психотерапевт має допомогти клієнтові відрефлексувати ситуації, що викликають тривожно-депресивні реакції; продемонструвати йому схеми неадаптивного мислення;

допомогти виокремити та диференціювати травмуючі емоції; навчити новому продуктивному стилю мислення.

IV. Етап. Глибинно-орієнтований. На цьому етапі клієнту допомагають виявити глибинні джерела його дисфункційного мислення та ідентифікувати особистісні проблеми, що за цим стоять.

Також популярним у психотерапії депресивних розладів є **динамічний підхід**. У роботі з людьми похилого віку, як правило, використовуються лише окремі елементи психоаналізу.

Одну з таких терапевтичних схем, заснованій на системно-динамічній концепції, описують І.А. Новікова, П.І. Сидоров та О.Г. Соловйов [15]. Основними етапами психотерапевтичної роботи були такі: виявлення життєвих ситуацій, що викликають тривогу; психоаналітичний аналіз цих ситуацій (їх зв'язок із травматичними подіями минулого); вибір найзначиміших життєвих ситуацій; дезактуалізація значимості ситуацій, що викликають тривогу.

Ще один варіант психоаналітично-орієнтованої психотерапії пропонують Т.С. Шаповалові та І.П. Патрін [21]. Психотерапевти використовують символдраму з метою психологічної допомоги особам з граничними розладами, в тому числі людям зрілого віку з тривожно-депресивними розладами. Власне процедура запропонована Х. Лейнером базується на різних техніках роботи з уявою. Працюючи за схемою класичної символдрами психотерапевт пропонує клієнту розслабитися, зосередитися на внутрішніх переживаннях та уявити певний образ. Цей образ обговорюється з психологом у контексті його символізації проблеми або травмуючої ситуації. Головне значення надається символічному розумінню образу та його наповненню конкретним змістом з життя клієнта.

Окремою сферою психотерапевтичної роботи з людьми похилого віку, що страждають на тривожно-депресивні розлади є використання засобів **арттерапії**. Незважаючи на те, що питання творчої продуктивності в похилому віці є дискусійним, більшість психотерапевтичних шкіл сходяться

на думці, що творчим потенціалом володіє кожна особистість, незалежно від віку, соціального чи професійного статусу. У зв'язку із цим терапія творчістю (арт-терапія) активно застосовується в рамках комплексної психологічної інтервенції з особами пізнього віку. Терапія творчістю як самостійний метод психологічної допомоги включає різні методи терапевтичного впливу: бібліотерапію, музичну, пластичну, малюнкову, танцювальну терапію.

О.О. Філозоф пропонує із людьми похилого віку використовувати терапію із засобами творчого самовираження [19]. Терапевтичний процес, описаний цим автором ставить на меті розкриття творчого потенціалу людини засобами особистісної рефлексії. Основними техніками роботи є творче спілкування з природою, мистецтвом, літературою, наукою; аутогенне тренування; тренінги креативності; елементи музикотерапії. Використання останньої у роботі з хворими постінсультною депресією описують О.В. Горєва та М.О. Галась [7]. Дослідники вказують на безумовну ефективність методу та відносну легкість у використанні.

2.2. Підтримуюча терапія у роботі з депресією осіб похилого віку

Ще один напрямок психотерапії людей похилого віку носить назву – **підтримуюча психотерапія**. Дослідники, що представляють цей напрямок сходяться на думці про гуманістичність, клієнтцентованість техніки, на тому, що основне призначення психологічної допомоги – підтримка та підбадьорювання клієнта.

О. Кернберг, О. Джунайд та С. Пейдж пишуть про те, що підтримуюча психотерапія є основним методом роботи з депресіями людей похилого віку з хронічними соматичними захворюваннями. Психотерапевт не може повернути молодість, однак він може підтримати, підбадьорити, допомогти побачити нові перспективи. Важливо розрізняти підтримуючий компонент всіх форм психотерапії і підтримуючу психотерапію як специфічний метод психологічної допомоги. Підтримка – це фундаментальна частина всіх форм психотерапії, що характеризується уважним ставленням психотерапевта до

клієнта. Підтримуюча психотерапія – це напрямок психологічної допомоги, який базується на використанні таких технік як стимулювання почуттів, підбадьорення, порада, переконання, бесіда. В центрі роботи тепле спілкування клієнта та терапевта.

В ході підтримуючої психотерапії психолог виконує активну й спрямовану роль, допомагаючи пацієнтові поліпшити своє соціальне функціонування та навички долаття труднощів. Акцент робиться на поліпшенні як поведінки так і суб'єктивних переживань.

Кернберг О.Ф. описує завдання підтримуючої психотерапії за С. Блошем [10]. Сюди належать наступні:

- допомагати клієнтам у досягненні максимально можливої психологічної та соціальної адаптації, відновлюючи та підкріплюючи їх здатність вирішувати життєві проблеми;
- підтримувати самооцінку та впевненість у собі, підкреслюючи позитивні якості та досягнення;
- говорити правду про реальну життєву ситуацію, зокрема про можливості та обмеження лікування соматичних захворювань;
- попереджати рецидиви і, в такий спосіб, намагатися попередити погіршення стану;
- спонукати пацієнтів до звернення а кваліфікованою психологічною допомогою, що покращить їх адаптивні можливості та убезпечить від ранньої залежності від членів родини.

РОЗДІЛ III. ДОСЛІДЖЕННЯ МОЖЛИВОСТЕЙ ПІДТРИМУЮЧОЇ ТЕРАПІЇ У РОБОТІ З ДЕПРЕСІЄЮ У ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ

3.1. Техніка психотерапевтичної роботи з тривожно-депресивними розладами людей похилого віку з використанням елементів підтримуючої психотерапії

Базуючись на положеннях С. Блоша щодо основних завдань підтримуючої психотерапії ми розробили та апробували (у роботі з двома клієнтами) техніку терапевтичної роботи з людьми похилого віку, що страждають на тривожно-депресивні розлади.

Психотерапевтична робота була організована у вигляді структурованої бесіди (таблиця 1.). Основні питання, що задавалися клієнтам стосувалися стану їх здоров'я, їх емоційним переживанням, зокрема тривожним та депресивним, їх уявленням про власне життя, майбутнє, перспективи спілкування з родиною та друзями. В ході терапевтичної роботи використовувалися дві групи терапевтичних технік: власне підтримуючі (емпатія, спонукання, підбадьорювання, схвалення, підвищення самооцінки, плекання надії) та директивні (реалістичний аналіз соціальної ситуації, порада, моделювання, навчання).

Таблиця 1.

Структура терапевтичної бесіди з використанням елементів підтримуючої психотерапії

Етап роботи	Техніки	Зміст роботи
Налагодження терапевтичного альянсу	Емпатія, схвалення, підвищення самооцінки	Побудова довірчих стосунків; вислуховування розповідей про минуле життя (молодість), про теперішню ситуацію; демонстрація розуміння, співчуття; схвалення вчинків (особливо взаємопідтримки та свідчень взаємного кохання); вказування на те, що клієнти можуть бути прикладом для інших тощо.
Аналіз соціальної ситуації життя	Аналіз соціальної ситуації, спонукання, плекання надії	Спонукання до аналізу теперішньої життєвої ситуації, реалістичне окреслення подій, спонукання до активної життєвої позиції, накреслення можливих шляхів подолання

		труднощів, підтримка надії на краще життя, позитивізація мислення
Накреслення перспектив подальшого життя	Порада, моделювання, навчання (елементи тренінгу)	Моделювання можливих майбутніх соціальних стосунків (нових дружніх зв'язків, розширення кола спілкування); навчання технікам релаксації та відмови від автоматичних думок (когнітивна техніка).

Опишемо окремі фрагменти роботи з нашими клієнтами Ольгою Іванівною та Василем Петровичем¹. Психотерапевтична роботи тривала проягом трьох зустрічей (2 години кожна) з інтервалом у три дні.

Ольга Іванівна має інвалідність, що є наслідком складного церебрального захворювання, їй 71 рік, живе разом із чоловіком Василем Петровичем (69 років), який постійно доглядає за нею. Подружжя проживає окремо від дітей, які часом навідують їх. Ользі Іванівні психіатром міської поліклініки поставлено діагноз “Мішана тривожно-депресивна реакція” (F43.22 за МКБ 10); Василю Петровичу – “Генералізований тривожний розлад” (F41.1 за МКБ 10).

Під час першої бесіди Василь Петрович розповів про те, як кохає свою дружину та переживає за її стан здоров'я, він жалівся на постійну тривогу за її життя та здоров'я. Ольга Іванівна переважно пригадувала молодість, події першої зустрічі та переймалася з приводу того, що “молодість не повернеш”. Подружжя задало песимістичний тон бесіди, орієнтацію на сум з приводу минулого “яке, не повернеш”. В ході першої зустрічі я намагалася демонструвати розуміння, співчуття. Демонструвала захоплення силою кохання подружжя, спробувала перевести розмову з песимістичного у більш оптимістичне русло. Наведу фрагмент розмови.

О.І. (Ольга Іванівна): В молодості він носив мене на руках, а зараз вже не може (сумна посмішка). Все давалося там легким, ніби життя створене саме для нас. Що й говорити.

П. (психолог): Напевно таке кохання як у вас рідко зустрінеш.

¹ Імена клієнтів несправжні з метою збереження конфіденційності особи.

В.П. (Василь Петрович): Взагалі не зустрінеш. Зараз же молодь якась ненормальна, тільки наркотики та секс.

П.: А як ви зустріли Ольгу Іванівну, як зізналися у коханні?

В.П. та О.І. – *розповідають про звою зустріч та заручини з радістю захопленням.*

П.: Я пишаюся, що познайомилась з вами, це таке щастя так кохати, буду сподіватися зустріти також чоловіка як і ви Василь Петрович.

В ході другої зустрічі клієнти легше йшли на контакт, активніше співпрацювали. Нам вдалося проаналізувати соціальну ситуацію їх розвитку, виділити найтравматичніші моменти повсякденного життя та спробувати віднайти кілька альтернатив з їх подолання. В таблиці 2. наведено фрагмент такого аналізу (аналіз здійснювався письмово).

Таблиця 2.

Фрагмент аналізу соціальної ситуації розвитку для В.П.

Травматичні події, що викликають тривогу та депресію	Шляхи подолання
Ситуація консультації дружини у лікаря (кожного разу виникає страх за її життя; стан тривоги супроводжується м'язовим напруженням, пітливістю, головокружінням, загальною слабкістю)	<ul style="list-style-type: none">- налаштування себе на те, що консультація буде вдалою;- реалістична оцінка стану здоров'я дружини;- попередня прогулянка на свіжому повітрі, виконання нескладних фізичних вправ.

На третьому етапі роботи подружжя поводитися. Демонструючи власну мудрість та впевненість у подальших перспективах. Усі поради, що давалися мною на цьому етапі стосувалися не стільки конкретних вчинків, скільки навичок розслаблення, відволікання від тривожних думок. Одним із елементів роботи було використання тренінгового відпрацювання “навичок хорошого настрою”. Ольга Іванівна та Василь Петрович вчилися посміхатися (дивлячись в дзеркало та одне на одного) різними посмішками – доброзичливою, щасливою, впевненою, радісною, щирою тощо.

В ході використання підтримуючої психотерапії у роботі з подружжям похилого віку було відпрацьовано кілька технік, з яких найдієвішими, на нашу думку виявилися емпатія та елементи тренінгу.

3.2. Аналіз ефективності психотерапевтичної роботи з використанням елементів підтримуючої психотерапії

Аналіз ефективності підтримуючої психотерапії з тривожно-депресивними розладами у похилому віці відбувався за допомогою порівняння результатів самооцінки тривожності (за шкалою Спілбергера-Ханіна) та оцінки депресії, що проводилася психологом, який здійснював психотерапію (за шкалою Гамільтона).

Шкала самооцінки тривожності Спілбергера — Ханіна (додаток 1), дозволяє вимірювати тривожність і як особистісну властивість, і як стан. Під особистісною тривожністю розуміється стійкий стереотип реагування на широкий спектр ситуацій, що сприймаються як загрозові. Ситуативна або реактивна тривожність характеризується суб'єктивними переживаннями: напругою, неспокоєм, заклопотаністю, нервозністю. Цей стан виникає як емоційна реакція на стресову ситуацію й може бути різним за інтенсивністю.

Шкала оцінки депресії Гамільтона (додаток 2) призначена для діагностики депресії як зниженого настрою з негативною, песимістичною оцінкою себе, свого положення в навколишній дійсності, свого майбутнього. Окремі шкали були виключені з аналізу в силу обмежень компетенції психолога-дослідника, зокрема це стосується шкал “Шлунково-кишкові соматичні симптоми”, “Геніальні симптоми”, “Втрата у вазі”, “Деперсоналізація і дереалізація”, “Параноїдальні симптоми”, “Одержимість, нав'язливі ідеї”. В зв'язку усунення кількох шкал стандартизований підрахунок не вівся, а лише порівнювалися результати до та після психотерапевтичної роботи.

Діагностика рівня тривожності та депресії проводилася з обома клієнтами до та після психотерапії. За шкалою Спілбергера-Ханіна і О.І. і В.П. продемонстрували високу особистісну тривожність, 70 та 75 балів

відповідно. Щодо реактивної тривожності, то і О.І. і В.П. продемонстрували середні показники – 35 та 30 балів відповідно. По завершенні психотерапевтичної роботи з використанням елементів підтримуючої психотерапії відбувся зсув показників у сторону зменшення як особистісної так і реактивної тривожності (О.І. – 45 балів, В.П. – 63 бали – особистісна тривожність; О.І. – 30 балів, В.П. – 28 балів – реактивна тривожність).

Щодо оцінки рівня депресії, що здійснювалась за допомогою шкали депресії Гамільтона також спостерігаються позитивні зрушення. Так, якщо до проведення психотерапевтичної роботи О.І. набрала балів з можливого максимуму, а В. П. – ... балів; то після терапевтичної роботи ці показники були відповідно та ... балів. Зміст оцінки депресії для кожного досліджуваного до та після терапевтичної роботи представлено у таблиці 3.

Таблиця 3.

Зміст оцінки депресії (за шкалою Гамільтона)ї для О.І. та В.П. до та після терапевтичної роботи з використанням елементів підтримуючої психотерапії

Параметри оцінки	Дані оцінки депресії для О.І.		Дані оцінки депресії для В.П.	
<i>Депресивний настрій</i>	4	2	3	2
<i>Почуття провини</i>	3	0	3	2
<i>Суїцидальні наміри</i>	1	0	0	0
<i>Раннє безсоння</i>	2	2	1	1
<i>Середнє безсоння</i>	2	1	2	2
<i>Пізнє безсоння</i>	2	1	2	2
<i>Працездатність і активність</i>	3	2	2	1
<i>Загальмованість</i>	2	1	1	1
<i>Ажитація</i>	1	0	1	1
<i>Психічна тривога</i>	2	0	2	2
<i>Критичність у ставленні до хвороби</i>	1	1	1	0
<i>Відчуття безнадійності</i>	4	1	2	1
Σ	27*	11*	20	15

Статистична значимість результатів перевірялася за критерієм знаків з використанням статистичної програми Statistica 6.0 (значимі результати

позначені * у таблиці 1):

- значимість змін у емоційній сфері для О.І. – $G=10$ ($p \leq 0,004$);
- значимість змін у емоційній сфері для В.П. – $G=5$ ($p \leq 0,07$).

Отже, за результатами математичної обробки даних, як підрахунком середнього, так і перевірки значимості результатів ефективність психотерапевтичної роботи з людьми похилого віку, що страждають на тривожно-депресивні розлади є ефективною за умови використання елементів підтримуючої психотерапії. Не зважаючи на те, що дані перевірки статистичної значимості ефективності психотерапії для В.П. виявилися не значимими, вони все ж таки наближаються до значимих (до рівня $p \leq 0,05$). На користь цього висновку свідчать і дані самооцінки тривожності за шкалою Спілбергера-Ханіна.

ПІДСУМОК

В результаті дослідження особливостей психотерапевтичного процесу осіб похилого віку з тривожно-депресивними розладами нами було виконано усі поставлені завдання: здійснення теоретичного аналізу проблем депресивно-тривожних розладів у похилому віці та психотерапії осіб похилого віку; проаналізовано можливості підтримуючої психотерапії осіб похилого віку, що страждають на тривожно-депресивні розлади; вивчено ефективність підтримуючої психотерапії у роботі з людьми похилого віку, що страждають на тривожно-депресивні розлади. Гіпотеза дослідження підтвердилася: підтримуюча психотерапія є ефективним засобом психологічної допомоги людям похилого віку, що страждають на тривожно-депресивні розлади.

За результатами роботи можна сформулювати такі висновки:

1. Депресивні, тривожні та асоційовані з ними розлади посідають одне з перших місць у структурі психічної захворюваності. Протягом ХХ сторіччя був зареєстрований екстенсивний ріст депресивних розладів в усіх розвинутих країнах світу (Ю.Ю. Чайка, В.С. Подкоритов). Депресивні розлади у пацієнтів пізнього віку, як правило виникають на тлі соматичних захворювань, які мають затяжний або хронічний характер: ішемічна хвороба серця, гіпертонічна хвороба, захворювання органів дихання, хронічні інфекції, онкологічні захворювання (О.К. Напреєнко, Н. Латчман).

2. У комплексному лікуванні депресій широко використовуються когнітивна психотерапія (А. Бек, А.Б. Холмогорова, Н.Г. Гаранян), елементи психоаналізу (І.А. Новікова, П.І. Сидоров, О.Г. Соловйов) та ат-терапії (О.О. Філозоф, О.В. Горєва, М.О. Галась). Ефективним напрямком у роботі з тривожно-депресивними розладами людей похилого віку є підтримуюча психотерапія (С. Блок, О. Кернберг, О. Джунайдж, С. Пейдж).

3. Базуючись на положеннях С. Блоша щодо основних завдань підтримуючої психотерапії ми розробили та апробували (у роботі з двома клієнтами) техніку терапевтичної роботи з людьми похилого віку, що

страждають на тривожно-депресивні розлади. Уся психотерапевтична робота нараховувала три етапи: налагодження терапевтичного альянсу, аналіз соціальної ситуації життя, накреслення перспектив подальшого життя. В ході використання підтримуючої психотерапії у роботі з подружжям похилого віку було відпрацьовано кілька технік, з яких найдієвішими, на нашу думку виявилися емпатія та елементи тренінгу.

4. З метою перевірки можливостей використання елементів підтримуючої психотерапії у роботі з клієнтами було використано порівняльний аналіз результатів психологічної діагностики за методиками “Шкала самооцінки тривожності Спілбергера-Ханіна” та “Шкала самооцінки депресії Гамільтона”. З метою перевірки статистичної значимості зрушень в емоційній сфері клієнтів після підтримуючої психотерапії використовувався критерій знаків. За результатами математичної обробки даних, як підрахунком середнього, так і перевірки значимості результатів ефективність психотерапевтичної роботи з людьми похилого віку, що страждають на тривожно-депресивні розлади є ефективною за умови використання елементів підтримуючої психотерапії. На користь цього висновку свідчать і дані самооцінки тривожності за шкалою Спілбергера-Ханіна.

Проведене дослідження є лише першим кроком у роботі з людьми похилого віку, що страждають на депресію. Його характер – пілотажний, а отримані дані є скоріше тенденціями ніж остаточними висновками. Перспективи подальших досліджень полягають у розширенні вибірки та перевірки ефективності більшого спектру психотерапевтичних методик.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Авербух Е.С. Депрессивные состояния – Л., 1962. – 193 с.
2. Бек А., Раш А., Шо Б., Эмери Г. Когнитивная психотерапия депрессии. – СПб.: Питер, 2003. – 210 с.
3. Ветроградова О.П. Тревожно-фобические расстройства и депрессия // Тревога и обсессии. – М, РАМН НЦПЗ, 1998. – С. 113-131.
4. Волков В. Т., Стрелис А. К., Караваева Е. В. Личность пациента и болезнь. – Томск: Красное Знамя, 1995. – 326 с.
5. Гиндикин В. Я. Клиника и лечение соматогенных аффективных расстройств. // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1997. – Т. 97, вып 11. – С. 47-51.
6. Голубев М. В. Депрессия в позднем возрасте // <http://therapeutic.ru>
7. Горева А.В., Галась М.А. Применение музыкотерапии у больных с постинсультной депрессией // <http://therapeutic.ru>
8. Джунайд О. , Хейдж С. Поддерживающая психотерапия при деменции // <http://www.psyobsor.org>
9. Каннабих Ю.В. Циклотимия, ее симптоматология и течение. - М, 1914. – 419 с.
10. Кернберг О.Ф. Тяжелые личностные расстройства: Стратегии психотерапии. – М.: "Класс", 2000. – 464 с.
11. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Социодинамическая психиатрия. – М.: Академический проект, 2000. – 460 с.
12. Напреенко А.К., Латчман Н. Депрессивные расстройства в амбулаторной общесоматической практике // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – № 1 (9), 2002. – С. 46-49.
13. Напреенко А.К., Латчман Н. Коморбидная депрессия у лиц позднего возраста в сети первичной медицинской помощи // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – № 1 (9), 2002. – С. 32-36.
14. Напреенко О.К. Психосоматичні та соматопсихічні розлади // Психіатрія / під ред. проф. О.К. Напреенка. – К.: Здоров'я, 2001. – С. 461-485.
15. Новикова И.А., Сидоров П.И., Соловьев А.Г. Психотерапевтическая помощь пациентам с психосоматическими заболеваниями // Материалы Всероссийской научно-практической конференции "Актуальные вопросы охраны психического здоровья населения России". – Кемерово, 2003. – С. 190-194.
16. Подкорытов В. С., Чайка Ю.Ю. Депрессия и резистентность // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – № 1 (9), 2002. – С.118-122

17. Ротштейн В.Г. с соавт. Эпидемиология депрессий // Депрессии и коморбидные расстройства. – М.: РАМН НЦПЗ, 1997. – С. 138-164.
18. Старшенбаум Г.В. Динамическая психиатрия и клиническая психотерапия. – М.: Высшая школа психологии, 2003. – 367с.
19. Филозоф А.А. Групповая терапия творчеством как профилактика расстройств адаптации у лиц позднего возраста // Клиническая геронтология. – М.– 2006. – Т.12. – №4. – С. 20-26
20. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Психологическая помощь людям, пережившим травматический стресс. – М.: МГППУ, 2006. – 112 с.
21. Шаповалова Т.С., Панин И.П. Использование метода символдрама в клинике пограничных расстройств // Материалы Всероссийской научно-практической конференции "Актуальные вопросы охраны психического здоровья населения России". – Кемерово, 2003. – С. 221-225.

ДОДАТКИ

Додаток 1

Шкала самооцінки тривожності Спілбергера-Ханіна

Шкала включає 40 питань-суджень, 20 з яких призначені для оцінки рівня реактивної тривожності, 20 - особистісної тривожності.

Опитувальник реактивної тривожності

Інструкція досліджуваному: прочитайте уважно кожне з наведених тверджень та закресліть відповідну цифру праворуч залежно від того, як ви себе відчуваєте в цей момент. Над питаннями довго не замислюйтеся, оскільки правильних або неправильних відповідей немає. Варіанти відповідей: 1 – ні, це не так; 2 – мабуть, так; 3 – так; 4 – повністю згоден.

1.	Я спокійний	1 2 3 4
2.	Мені ніщо не загрожує	1 2 3 4
3.	Я перебуваю в напрузі	1 2 3 4
4.	Я відчуваю жаль	1 2 3 4
5.	Я відчуваю себе вільно	1 2 3 4
6.	Я не в настрої	1 2 3 4
7.	Мене хвилюють можливі невдачі	1 2 3 4
8.	Я відчуваю, що відпочив	1 2 3 4
9.	Я стривожений	1 2 3 4
10.	Я відчуваю внутрішнє задоволення	1 2 3 4
11.	Я впевнений у собі	1 2 3 4
12.	Я нервую	1 2 3 4
13.	Я не знаходжу собі місця	1 2 3 4
14.	Я напружений	1 2 3 4
15.	Я не відчуваю напруженості	1 2 3 4
16.	Я задоволений	1 2 3 4
17.	Я стурбований	1 2 3 4
18.	Я занадто збуджений	1 2 3 4
19.	Мені радісно	1 2 3 4
20.	Мені приємно	1 2 3 4

Опитувальник особистісної тривожності

Інструкція досліджуваному: прочитайте уважно кожне з наведених тверджень та закресліть відповідну цифру праворуч залежно від того, як ви себе почуваєте звичайно (що є типовим для вас). Над питаннями довго не замислюйтеся, оскільки правильних або неправильних відповідей немає. Варіанти відповідей: 1 – майже ніколи; 2 – іноді; 3 – часто; 4 – майже завжди

1.	Я відчуваю насолоду	1 2 3 4
2.	Я швидко втомлююся	1 2 3 4
3.	Я легко можу заплакати	1 2 3 4
4.	Я хотів би бути таким же щасливим, як інші	1 2 3 4
5.	Нерідко я програю через те, що недостатньо швидко приймаю рішення	1 2 3 4
6.	Звичайно я почуваю себе бадьорим	1 2 3 4
7.	Я спокійний і зібраний	1 2 3 4
8.	Очікувані труднощі звичайно дуже тривожать мене	1 2 3 4
9.	Я занадто переживаю через дрібниці	1 2 3 4
10.	Я цілком щасливий	1 2 3 4
11.	Я приймаю всі занадто близько до серця	1 2 3 4
12.	Мені не вистачає впевненості в собі	1 2 3 4
13.	Звичайно я почуваю себе в безпеці	1 2 3 4
14.	Я намагаюся уникати критичних ситуацій і труднощів	1 2 3 4
15.	У мене буває нудьга	1 2 3 4
16.	Я задоволений	1 2 3 4
17.	Я так сильно переживаю свої розчарування, що потім довго не можу про них забути	1 2 3 4
18.	У сіякі дрібниці відволікають і хвилюють мене	1 2 3 4
19.	Я врівноважена людина	1 2 3 4
20.	Мене охоплює сильне занепокоєння, коли я думаю про свої справи й турботи	1 2 3 4

Оцінка рівня тривожності підраховується за сумрю балів в обох випадках: менше 30 балів – низька тривожність; 30-45 балів – помірна тривожність; більше 45 балів – висока тривожність.

Шкала оцінки депресії Гамільтона

1. Депресивний настрій (пригніченість, безнадійність, безпорадність, почуття власної малоцінності): відсутність (0); вираженість почуття лише при прямому запитанні (1); скарга висловлюється спонтанно (2); визначається невербально (поза, міміка, голос, плаксивість) (3); клієнт центрований на цих почуттях, як у висловленнях, так і невербально (4).

2. Почуття провини: відсутність (0); самоприниження, відчуття, що не виправдав сподівань інших (1); відчуття власної провини, болісні міркування про власні помилки й гріхи (2); захворювання розцінюються як покарання за спосіб життя або інший вчинок (як Божа кара) (3); вербальні звинувачувального та/або осудливого змісту та/або зорові галюцинації загрозливого змісту.

3. Суїцидальні наміри: відсутність (0); відчуття, що жити не варто (1); прагнення смерті або думки про власну смерть (2); суїцидальні висловлювання або жести (3); суїцидальні спроби (4).

4. Раннє безсоння: відсутність ускладнень при засипанні (0); скарги на епізодичні складнощі при засипанні (1); скарги на неможливість заснути щонаочі (2).

5. Середнє безсоння: відсутність (0); скарги на неспокійний сон протягом всієї ночі (1); багаторазові пробудження протягом ночі (2).

6. Пізнє безсоння: відсутність (0); раннє пробудження з наступним засинанням (1); остаточне раннє ранкове пробудження (2).

7. Працездатність і активність: відсутність труднощів (0); думки і відчуття власної неспроможності, відчуття втоми і слабкості, пов'язане з роботою або іншим заняттям (хоббі) (1); втрата інтересу до роботи або хоббі, що виражається безпосередньо в скаргах або опосередковано, через апатичність і нерішучість (2); зменшення реального часу активності або зниження продуктивності (3); відмова від роботи внаслідок захворювання (4).

8. Загальмованість (сповільненість мислення та мови, порушення здатності концентрувати увагу, зниження моторної активності): нормальна мова й мислення (0); легка загальмованість у бесіді (1); помітна загальмованість у бесіді (2); виражені труднощі при проведенні опитування (3); ступор (4).

9. Ажитация: відсутність (0); занепокоєння (1); неспокійні рухи руками, смикання волосся (2); рухливість, непосидючість (3); постійне перебирання руками, кусання нігтів, висмикування волосся, кусання губ (4).

10. Психічна тривога: відсутність (0); суб'єктивна напруга та дратівливість (1); занепокоєння з незначних приводів (2); тривога, що

виражається у виразі обличчя та у мові (3); страх, що виражається навіть без розпитувань (4).

11. Критичність у ставленні до хвороби: усвідомлення хвороби (0); усвідомлення хворобливості стану, але пояснення його за рахунок поганої їжі, клімату, перевтоми тощо (1); повна відсутність усвідомлення хвороби (2).

12. Відчуття безнадійності: відсутність (0); періодично сумнівається, що справи йдуть на краще (1); постійно відчуває безнадійність (2); демонструє розпач, песимізм, що не піддаються корекції (3); постійно повторює «мені ніколи не стане краще» або щось подібне (4).